

**ВПЛИВ ЛІМФОТРОПНОЇ ТА СТАНДАРТНОЇ
АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ІМУНОРЕАКТИВНІСТЬ
ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТИ**

О.І. Дужа – Еластал¹, А.Б. Сухарев², І.М. Медведєва³

На підставі даних літератури автори показують важливість проблеми хронічних сальпінгофоритів. Проведені дослідження 190 хворих демонструють значні порушення імунореактивності за типом гіпо – та гіперфункції. Лімфотропна терапія сприяє більш повному відновленню імунореактивності пацієнток порівняно із стандартною антибактеріальною терапією.

ВСТУП

За останні роки у структурі гінекологічної захворюваності намітилася тенденція до значного збільшення частоти запальних захворювань внутрішніх статевих органів [1]. За даними [2], сальпінгофорити у загальній кількості захворювань органів малої миски складають 65,0 %. Ці процеси посідають провідне місце з огляду на найбільшу втрату працездатності серед контингентів працюючих жінок у зв'язку із частими рецидивами запалення, розвитком вторинних ускладнень та порушенням специфічних функцій [3]. Железная [4] підкреслює, що продовжується „омолодження” хворих на запальні процеси органів малої миски: 70,0 % пацієнток на хронічні сальпінгофорити молодші 25 років, а 75,0 % із них ті, які не народжували. Останніми роками чітко превалюють первинно хронічні форми запалень внутрішніх статевих органів, які маніфестують без гострого початку, із стертим перебігом, довготривалими та частими рецидивами. Такі сальпінгофорити погано піддаються сучасним методам лікування, оскільки в основі їх розвитку лежать зміни клітинного та гуморального імунітету [5]. Лікування цих процесів нагромаджує все більші труднощі. З огляду на зміни навколишнього середовища, резистентності та імунобіологічних захисних сил організму цьому значною мірою сприяють особливості екологічної ситуації в Україні за рахунок значного насичення міст та сіл автомобільними та радіоактивними опадами після аварії на ЧАЕС [6]. Навіть після одноразового епізоду запального захворювання придатків матки неплідність спостерігається від 5,0 % до 18,0 % випадків [4]. Загалом же жіноча неплідність у шлюбі становить від 40,0 до 80,0 % і не має тенденції до зниження [7, 8]. Однією із основних його причин є запальні захворювання придатків матки - 70,0 - 90,0 % [9]. Трубно – перитонеальна неплідність займає 35,0 - 50,0 %, при цьому трубна частка превалює - 35,0 - 40,0 %, а на перитонеальну припадає 9,2 - 34,0 % [8]. Зміни ендокринної функції яєчників у разі виникнення вагітності спричиняють ускладнення перебігу останньої аж до загрози переривання (57,4 %). При цьому можливі фетоплацентарна недостатність (85,2 %), синдром затримки розвитку плода (72,2 %) та гестози (у 50,0 - 55,5 % пацієнток) [10]. У таких вагітних виникає високий ризик розвитку синдрому внутрішньоутробного інфікування [11]. Все це спричиняє передчасну активацію імунної системи у плода, що майже завжди супроводжується імунопатологічними розладами [12].

¹ Асистент, Сумський державний університет.

² Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

³ Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

Оскільки зміни у малій мисці під впливом хронічного перебігу СО у значному відсотку випадків закінчуються неплідністю, остання може стати причиною хронічного стресу, що, у свою чергу, підтримує і фертильність [13]. Наведене ускладнення, власне діагноз „неплідність”, завжди викликає у пацієнок широкий спектр емоційних реакцій, найбільш поширеними з яких є збентеження, розчарування, страх, самотність, почуття провини і сорому, роздратування, розпач і смуток [13]. Перелічене є підґрунтям для порушення сімейних відносин і соціальної стабільності пацієнок [14].

Основними принципами лікування неплідності вважаються раннє виявлення причин та послідовне поетапне його лікування [8]. Останнє все ж у 1/3 випадків не дає позитивних результатів [9]. Отже, запальні захворювання придатків матки є складною і багатогранною соціально - медичною проблемою [15].

НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Попри все залишається недостатньо вивченою імунологічна реактивність жінок, хворих на сальпінгоофорит, та її вплив на результати лікування. Невідомі також зміни реактивності внаслідок стандартної та лімфотропної терапії.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити та порівняти вплив стандартної та лімфотропної методик антибактеріальної терапії на імунологічну реактивність пацієнок, хворих на хронічні сальпінгоофорити.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Робота базується на динамічному обстеженні 190 хворих жінок репродуктивного віку на хронічний сальпінгоофорит на стадії загострення. Усі хворі обстежувалися і лікувалися у гінекологічних відділеннях Сумського обласного клінічного центру акушерства, гінекології та репродуктології і Сумської міської клінічної лікарні № 1 з 2002 по 2006 рік. Дослідження проводили на базі клініко - діагностичної лабораторії Сумської обласної клінічної лікарні (СОКЛ). При цьому 97 пацієнок основної групи отримували лікування за запропонованою нами оригінальною методикою лімфотропної терапії, а 93 пацієнтки із групи порівняння – стандартну комплексну схему лікування. Кров для дослідження брали вранці в один і той же час натще. Кількість формених елементів крові за відносною та абсолютною кількістю визначали за уніфікованим методом морфологічного дослідження з диференційованим підрахунком лейкоцитарної формули (В.В. Меньшиков, 1987). Рівень імунокомпетентних клітин (CD 3, CD 4, CD 8, CD 22) підраховували в імуофлуоресцентному тесті з використанням панелі моноклональних антитіл (ОТК „Сорбент”, Москва). Оцінку системи комплементу проводили шляхом визначення гемолітичної активності за 100,0 % гемолізом. Функціональний стан нейтрофілів (загальна фагоцитарна активність, фагоцитарний індекс, фагоцитарне число) вивчали за допомогою методики із застосуванням інертних полістирольних часточок латексу ($d = 1,4 - 1,5$ мк). Для визначення гетерофільних антитіл проводили реакцію Пауля – Буннеля. Спадкові фактори видового специфічного клітинного імунологічного захисту вивчали за кількістю середніх молекул ЦІК та Ig G, Ig A, Ig M. Ступінь імунних розладів оцінювали за універсальним методом Земскова А. М. [12]. Перелічені показники у кожній пацієнтки обох груп порівнювали із показниками у здорових жінок (норма) за формулою: ((показник конкретного хворого / показник, взятий за норму) – 1) x 100. Якщо отримане значення мало

знак „мінус”, у пацієнтки констатувалась імунна недостатність, якщо – „плюс”, – гіперфункція імунної системи. Якщо отримана цифра знаходилася в інтервалі від 1,0 до 33,0 %, - це відповідало першому ступеню імунних розладів, від 34,0 до 66,0 % - другому, більше 66,0% - третьому ступеню імунних розладів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що в обох групах до лікування превалювала гіпофункція імунної системи: в основній групі – у 52,6% , у групі порівняння - у 52,7% пацієнток. Перший ступінь порушень за цим типом був у 61,8% пацієнток основної групи та у 67,4% групи порівняння; другий ступінь гіпофункції спостерігався відповідно у 27,6% та 19,9%; третій ступінь гіпофункції мав місце у 10,6% та 12,7% хворих основної групи та групи порівняння відповідно (рис. 3, 9).

Стан гіперфункції імунної системи у основній групі спостерігався у 44,9% пацієнток, а у групі порівняння – у 44,8%. Перший ступінь порушень за цим типом був у 43,5% хворих основної групи та у 62,8% хворих групи порівняння; другий ступінь гіперфункції мав місце у 20,5% хворих основної групи та у 13,3% хворих групи порівняння, а третій ступінь – у 36,0% та у 23,9% хворих відповідно (рис. 1, 7).

Отже, до лікування в основній групі другий та третій ступені розладів імунної системи спостерігались: за гіпофункцією – у 38,2%, а за гіперфункцією – у 56,5%. У групі порівняння – у 32,6% та 37,2% пацієнток відповідно (рис. 5, 11).

Під впливом лімфотропної терапії кількість пацієнток із гіпофункцією 2-го та 3-го ступенів зменшилася до 12,3%, тобто у 3,1 разу, за рахунок збільшення хворих із гіпофункцією 1-го ступеня до 87,7%, тобто у 1,4 разу. Останнє є позитивним, оскільки гіпофункція 1-го ступеня не потребує корекції та медикаментозного втручання (рис. 4, 6).

Кількість хворих із гіперфункцією 2-го та 3-го ступенів у основній групі зменшилася до 31,8%, тобто у 1,8 разу, за рахунок збільшення кількості пацієнток із гіперфункцією першого ступеня до 68,2%, тобто у 1,6 разу. Разом з тим у цій групі у 3 рази збільшилася кількість пацієнток без порушень у імунній системі: 2,5 % до лікування та 7,3% - після лімфотропної терапії (мал. 2, 6).

У групі порівняння кількість пацієнток із 2-м та 3-м ступенями гіперфункції імунної системи збільшилася до 41,6%, тобто у 1,1 разу; при цьому зменшилась і кількість пацієнток із гіперфункцією 1-го ступеня до 58,4%, тобто у 1,1 разу. Кількість пацієнток із гіпофункцією 2-го та 3-го ступенів збільшилась до 35,9%, тобто у 1,1 разу; разом з тим збільшилась у 1,3 разу кількість пацієнток без порушень у стані імунної системи: 2,5% до лікування та 3,3% після стандартної антибактеріальної терапії (рис. 8, 10, 12).

Таким чином, до лікування в обох групах кількість пацієнток без порушень у імунній системі була однаковою (2,5%), а після лімфотропної терапії їх кількість була більшою, ніж після стандартної антибактеріальної терапії у 2,2 разу (мал.6, 12).

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження ілюструє позитивний вплив ЛТ на функцію імунної системи та гальмуючий – стандартної антибактеріальної терапії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Враховуючи існування взаємозв'язків між нервовою, ендокринною та імунною системами, можна сподіватися, що імунокорекція за допомогою запропонованої патогенетичної методики лімфотропної терапії швидше

відновить гомеостаз жінок на хронічний сальпінгофорит, а разом з цим і репродуктивну функцію та соціальну адаптацію молодих жінок. Підтвердити чи заперечити вищезазначене можна шляхом вивчення віддалених результатів у пацієток обох груп, що буде додатковим аргументом застосування лімфотропної терапії у хворих на хронічний сальпінгофорит.

SUMMARY

Based on taken from literature information the authors show the importance of problems caused by chronic salpingooforitis. 190 patients with this process that were examined demonstrate significant disorder of immune reactivity according to hypo and hyper function. promotes more absolute recovery of immune reactivity of female patients compared to standard antibacterial therapy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Буянова С. Н., Щупина Н. А. Актуальные вопросы диагностики и тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки // Вестник Российской ассоциации акушеров – гинекологов. – 1996. - № 1. – С. 74 – 75.
2. Паламарчук О. А. Физиотерапия в комплексном лечении больных с хроническим неспецифическим сальпингофоритом и болевым синдромом // Збірник наукових праць асоціації акушерів – гінекологів України. – 2001.- С. 458 – 490.
3. Чермак І. І., Богомол А. Г. Лікування сальпінгітів з використанням „Вобензиму” // Збірник наукових праць асоціації акушерів – гінекологів України. – 2000.- С. 437 – 438.
4. Железная А. А., Роговая О. Н., Борисова Я. Ю. и др. Профилактика гнойно – воспалительных заболеваний матки и придатков матки после прерывания беременности // Медицина сегодня. – 2002. - № 19 – 20 (123 – 124). – С.8.
5. Юрь'ева Л. М. Мікробіоценоз піхви у жінок з хронічними сальпінгофоридами та первинним безпліддям // Сб. науч. тр. симпозиума с междунар. участием „ Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии - 2000”. – К.: Ин. - т репродуктивной медицины УАННП, 1999. – С. 230 – 231.
6. Драник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. – М.: МИА, 2003. – 608 с.
7. Юзько О. М., Приймак С. Г., Вавринчук О. М. Особливості лапароскопічних операцій та відновлення лікування при безплідності трубного походження // Шпитальна хірургія. – 2004. - №2. – С. 75 – 78.
8. Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации / Под редакцией В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 497 с.
9. Дуда И. В., Дуда Вл. И., Дуда В. И. Клиническая гинекология. – Минск: Вышэйшая школа. – 1999. – Т.2. - 379 с.
10. Золотухин Н. С., Мирошниченко В. П., Ольшанский Е. В. Репродуктивная система у женщин с хронической воспалительной патологией // Сб. науч. тр. симпозиума с междунар. участием „ Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии. - 2000”. – К.: Ин. - т репродуктивной медицины УАННП, 1999. – С. 207 – 208.
11. Корсак В. С., Каменецкий Б. А., Михайлов А. В. и др. Применение доплерометрического исследования кровотока сосудов матки в программе оплодотворения in vitro (IVF) // Сб. науч. тр. симпозиума с междунар. участием „Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии. - 2000”. – К.: Ин. - т репродуктивной медицины УАННП, 1999. – С. 46 - 48.
12. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. А. В. Караулова. – М.: МИА, 2002. – 651 с.
13. Мурашко О. О. Психологічні особливості переживання жінкою безплідності та її подолання з використанням допоміжних репродуктивних технологій // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - № 1 (21). – С. 25 – 27.
14. Haggerty C. L., Schulz R., Ness R. B. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 102. – P. 934 - 939.
15. Абу Гтейш Хелал. Гнійно – запальні захворювання придатків матки як соціально – медична проблема // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. - № 6. – С. 99 – 102.
16. Пат. 11343 Україна, 7 А61В5\00. Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки. – u 2005 06327; Заявл. 25.06.2005; Опубл. 15.12.2005; Бюл. № 12.

Надійшла до редакції 30 січня 2007 р.